

CC 025

C.

SÍNDROME DA ARTÉRIA MESENTÉRICA SUPERIOR

FRANCISCO CALLEJAS NETTO

JUAN MIGUEL GUADALUPE CORTÉS

MÁRIO CÉZAR SENS

Florianópolis, 01/11/79

Í N D I C E

I - RESUMO

II - INTRODUÇÃO

III - APRESENTAÇÃO DE UM CASO

IV - COMENTÁRIOS

V - CONCLUSÕES

VI - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

RESUMO

No presente trabalho é discutida a Compressão Duodenal pelo Pinçamento Aortomesentérico, como entidade patológica isolada ou em associação com Úlcera Péptica.

São apresentados e comentados as diferentes condutas cirúrgicas em face desta associação patológica.

A Duodenojejunoanastomose transmesocólica látero-lateral isoperistáltica com fixação da brecha do mesocolon no Duodeno é defendida e proposta pelos autores, como o procedimento cirúrgico de escolha.

Quando a Úlcera Péptica vier associada, o procedimento cirúrgico deve incluir uma vagotomia superseletiva.

SUMMARY

In the present report the Duodenal compression is discussed by means of aorta-mesenteric pincers as a separate pathological entity or in connection with Peptic Ulcer.

Several surgical procedures are presented and commented to treat a patient with this pathologic association.

The lateral isoperistaltic transmesocolic duodenojejunostomosis linking the mesocolon opening to the duodenum is defended and proposed by the authors as the ideal surgical procedure.

Should there also be a Peptic Ulcer, then the surgical procedure shall include a superselective vagotomy.

Very good

SÍNDROME DA ARTÉRIA MESENTÉRICA SUPERIOR

I - INTRODUÇÃO

Uma multiplicidade de sinônimos têm sido usados para designar a Síndrome da Artéria Mesentérica Superior ou Síndrome de WILKIE. Entre eles destacam-se: Obstrução Gastroduodenal Aguda; Compressão Duodenal Aortomesentérica; Ílio Duodenal; Megaduodeno; Compressão Vascular do Duodeno; Oclusão Crônica do Duodeno pela Artéria Mesentérica. Todos esses nomes expressam a compressão duodenal aortomesentérica, isto é, que a artéria mesentérica superior realiza sobre o duodeno.

Durante vários anos esta síndrome foi descreditada da literatura médica, sendo BOERNERUS, em 1752, quem relatou o primeiro caso. Em 1849, Von Rokitański explicou a fisiopatologia da doença. Seria uma forma não usual de sub-oclusão intestinal alta, mais precisamente da porção transversa do duodeno ou seja terceira porção duodenal.

Foi doença questionada por vários anos. Alguns autores (9) defendiam o chamado megaduodeno nas variedades congênitas e adquiridas, devido as alterações plexulares, ocasionada em nosso país pela Doença de Chagas. Foi Corrêa Neto em 1940, quem, estudando o megaesôfago e megacolo, associou o megaduodeno à mesma etiopatogenia, levando-nos a acreditar que deve existir outra etiopatogenia para explicar a sub-oclusão duodenal, e esta seria dependente do pinçamento aorto-mesentérico.

A Úlcera Péptica tem sido a patologia mais frequentemente associada ao pinçamento aortomesentérico e alguns autores atribuem a associação em 59% dos casos (1).

Outras patologias também tiveram alta frequência de associação com o pinçamento aortomesentérico:

- a) alcoolismo crônico
- b) pancreatite aguda
- c) traumatismo da medula espinhal
- d) esclerodermia
- e) colecistite crônica e outras.

Tendo em vista ser uma doença de etiopatogenia muito controversa, como podemos ver apenas pelos múltiplos sinônimos usados para exprimi-la, alguns autores chegam a duvidar de que ela realmente existe e quando a admitem, criam em torno, uma série de discussões quanto ao seu tratamento e se este deveria basear-se em condutas clínicas ou intervenções cirúrgicas e neste caso qual a tática operatória a ser empregada.

No presente trabalho apresentamos um caso de Síndrome da Artéria Mesentérica Superior não associada a Úlcera Péptica. Os fatores responsáveis pelo pinçamento, a possível relação fisiopatológica entre este e a Úlcera Péptica, bem como o tratamento cirúrgico, são discutidos.

III - APRESENTAÇÃO DE UM CASO

Nome: R.S.A.V.
Idade: 14 anos
Sexo: Feminino
Cor: Branca
Prof.: Estudante

Q.P.: Dor Abdominal e Vômitos.

H.D.A. - Há três anos iniciou com dor abdominal localizada em região epigástrica, tipo queimor, com irradiação para H.E. e região Infra-Mamária Esquerda. Juntamente com a dor abdominal iniciou com plenitude pós prandial de forte intensidade, presença de eructações frequentes, náuseas e vômitos. A sensação de plenitude epigástrica e a dor abdominal, melhoravam com os vômitos. Eventualmente a própria paciente provocava os vômitos para aliviar a sintomatologia. Os vômitos eram precoces em relação à alimentação e como característica principal, continha material biliar. Esta sintomatologia permaneceu por longo período, com períodos de melhora e períodos de reagudização.

Há cerca de um mes ocorreu piora da sintomatologia. Os vômitos aumentaram em número, acompanhando-se de regurgitação alimentar a qual não era precedida de sensação nauseosa. Houve piora da dor epigástrica, que se tornou mais intensa e com queimor retro esternal. A paciente relata alívio dos sintomas quando assume a posição de decúbito ventral. Nega a presença de outros sintomas desde o início do quadro. Discreta perda de peso de apenas 1 kg neste último mes.

A paciente procurou recursos médicos, quando foi solicitado uma seriografia esofagogastroduodenal, (FIG.1) revelou a presença de uma arco duodenal pronunciadamente dilatado (ectasiado), com importante obstáculo ao trânsito em sua última porção. Presença de intenso peristaltismo de luta visto ao exame radioscópico, não sendo evidenciado lesão intrínseca inflamatória, ulcerosa ou tumoral. A mucosa apresenta-se íntegra sugerindo a possibilidade de compressão extrínseca por pinçamento aortomesentérico. Devido à alta incidência de associação com a úlcera péptica, a qual não foi detectada pelo RX, optou-se pela realização de ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA:

Introdução do aparelho GIF2 com facilidade. O esôfago é normal em toda a sua extensão. A cárdia é permeável e não apresentou refluxo gastroesofageano durante todo o exame. O estômago apresenta elasticidade, contratilidade e aspecto mucoso normal. O piloro é permeável e não se evidenciou refluxo duodeno gástrico. A primeira e segunda porção do duodeno não apresenta alterações à endoscopia. CONCLUSÃO: Endoscopia normal. Não se evidenciou dilatação duodenal verificada pela seriografia.

Com o diagnóstico de Síndrome da Artéria Mesentérica Superior, esta paciente foi submetida à cirurgia, sendo que a indicação da cirurgia está baseada no fato de que a paciente apresenta a sintomatologia por um período maior que 3 anos e por ter havido piora do quadro clínico neste último mês. Isto caracteriza uma doença de evolução crônica, o que, de acordo com a literatura, não apresenta melhora apenas com as medidas clínicas.

O abdome foi aberto por uma incisão media na supra umbilical. Ao inventário da cavidade foi encontrado a presença de hiato esofageano ajustado. O estômago e duodeno eram normais. Não se evidenciou dilatação das vias biliares. Fígado, pâncreas e demais vísceras, não eram portadoras de anormalidades. Optou-se pela realização de uma duodenojejunoanastomose transmesocólica latero-lateral isoperistáltica com fixação da brecha do mesocolon no duodeno. O abdome foi drenado por penrose por contra abertura. A parede foi fechada por planos. Deixou-se uma sonda nasogástrica que foi retirada no 29 dia de pós-operatório, quando foi iniciado alimentação por via oral. A paciente encontra-se no 69 dia de pós operatório, sendo que estes ocorrem sem complicações.

é a 3ª fase de duodeno como estava?

SERIOGRAFIA GASTRODUODENAL



FIG.

I



1. Linha reta no ponto de obstrução.
2. Dilatação duodenal.

IV - COMENTÁRIOS

Estamos diante de uma história clínica que sugere uma paciente portadora de obstáculo ao livre trânsito, a nível de duodeno, pois se formos analisar a história, vamos verificar que a paciente apresenta-se com um quadro de longa duração, com presença de desconforto pós prandial intenso, plenitude epigástrica e vômitos frequentes. Os vômitos melhoram o desconforto da paciente e possuem uma característica muito importante que é a presença de conteúdo biliar, traduzindo uma dificuldade ao trânsito alimentar em um local situado abaixo da desembocadura do colédoco. Outro dado de suma importância, muito comentado pela literatura, é a melhora da sintomatologia quando a paciente adquire uma posição em decúbito ventral, causando portanto um aumento do ângulo aortomesentérico com consequente maior permeabilidade da luz duodenal.

Apenas com esses dados nós não poderíamos afirmar qual seria a patologia que poderia estar causando esta sub-oclusão duodenal, de caráter intermitente, com breves períodos de melhora, intercalados por períodos de exacerbação. Sabíamos entretanto que o exame contrastado do aparelho digestivo superior nos forneceria dados de grande valor, como aliás aconteceu neste caso. O RX foi quem nos informou que havia uma compressão extrínseca na altura da 3ª porção do duodeno sugerindo pinçamento aortomesentérico, sem o que não teria sido possível fazer o diagnóstico. É claro que, se os dados da seriografia não fossem suficientes, poderíamos solicitar a realização de aortografia com visualização seletiva da artéria mesentérica superior, onde poderíamos verificar uma diminuição do ângulo aortomesentérico, caracterizando a sub-oclusão duodenal dependente deste pinçamento. A arteriografia seletiva em nosso meio entretanto, ainda carece de aperfeiçoamentos técnicos e como iria submeter a paciente a mais um procedimento não isento de graves riscos, preferimos parar na radiologia, uma vez que já tínhamos o dia -

gnóstico.

Sabemos que a doença tem sua etiopatogenia esclarecida. Temos que ressaltar entretanto que existe uma doença não explicada por essa entidade clínica, qual seja, o megaduodeno nas suas variantes idiopática ou congênita, e também a entidade adquirida causada pela Doença de Chagas.

No presente caso entretanto, não conseguimos observar, como cita a literatura, uma causa desencadeante por ocasião do início da sintomatologia, pois a paciente não era portadora de qualquer outra alteração patológica que pudéssemos imputar como causa desencadeante. Também não foi possível encontrar neste caso a presença da Úlcera péptica, a qual, conforme se tem escrito, está associada em 59% dos casos. Como esta não havia sido detectada na seriografia, fomos a sua procura através de uma endoscopia digestiva alta, o que comprovou a sua ausência. A presença da úlcera era importante, pois na sua vigência a conduta cirúrgica é modificada.

Estamos portanto diante de um quadro de sub-oclução duodenal causado pelo pinçamento aortomesentérico, de evolução crônica, com períodos de remissão mas que tornou-se mais acentuado no último mês. Assim, há cerca de três anos, excetuando-se os breves períodos de acalmia, a paciente apresenta-se com desconforto epigástrico intenso, com vômitos incoercíveis e regurgitação alimentar acentuada, privando-a do meio social em que vive e provocando-lhe sitofobia, uma vez que os alimentos que come são fontes de desconforto.

Baseados nisso e analisando os últimos trabalhos escritos sobre o assunto onde diziam que os casos crônicos tratados apenas com medidas clínicas evoluem quase sempre para a cirurgia, e, considerando as eventuais taxas de morbidade e mortalidade inerentes a cada ato cirúrgico, mas também considerando o aprimoramento das técnicas cirúrgicas e muito mais, as mãos experientes que iriam operar, não relutamos em indicar a cirurgia.

Os fatores ETIOLÓGICOS na produção da Síndrome, são evidentes a certas considerações anatômicas. Os segmentos transverso e ascendente do duodeno, são as porções mais fixas do trato digestivo, tendo localização retroperitoneal, sendo limitado no seu extremo distal pelo ligamento de Trietz. O duodeno passa através do agudo ângulo formado pela aorta posteriormente e anteriormente pela artéria mesentérica superior (11), constituindo isto, importante fator do ponto de vista anatômico, pois na dependência de um ângulo mais agudo, pode ocorrer a compressão duodenal.

Vários fatores têm sido incriminados como predisponentes da Síndrome de compressão aortomesentérica. Sob o ponto de vista puramente anatômico, um ligamento de Trietz curto ou hipertrofiado, ou ainda, uma origem baixa da artéria mesentérica superior são os mais importantes. Na primeira situação, o ângulo duodenojejunal seria mais agudo e localizado mais alto no abdome, fazendo com que a terceira porção, que é fixa, seja comprimida pela pinça aortomesentérica. Na segunda circunstância, o ângulo entre a artéria mesentérica superior e a aorta está diminuído, facilitando em muito a compressão duodenal. Mansberger (7), estudou, através de arteriografias, o ângulo aortomesentérico. Em um grupo controle verificou que o ângulo variava entre 45° e 60°, enquanto que em pacientes portadores de compressão duodenal o mesmo ângulo oscilava entre 10° e 22°.

Além dos fatores anatômicos citados, existe uma série de outras condições que propiciam o aparecimento de obstrução duodenal dependente da compressão da artéria mesentérica superior. Por exemplo:

- a) Depleção de gordura mesentérica, tendendo a diminuir o ângulo aortomesentérico, assim como a
- b) lordose,

- c) a posição supina prolongada e a
- d) visceroptose (1).

Parece hoje definido, que uma das maneiras de aliviar a compressão duodenal é evitar a visceroptose, fazendo com que o paciente ganhe peso (1).

Tem sido descrito na literatura que o pinçamento aortomesentérico é acompanhado frequentemente de outras patologias. Entre elas:

- a) Megaureter (5)
- b) Lordose
- c) Tetraplegia (1)
- d) Queimaduras (8)
- e) todas as situações que tendem a diminuir a gordura peritoneal facilitando a visceroptose.
- f) Úlcer péptica, que é a mais frequente.

São vários os autores que mostram maior incidência de úlcera duodenal em portadores de pinçamento aortomesentérico, relatando uma associação em 59% dos casos, confirmado pela seriografia gastroduodenal, sendo que 2/3 dos casos com Úlcera Duodenal e 1/3 com Úlcera Gástrica.

A relação fisiopatológica entre estas duas entidades ainda não está bem esclarecida. Alguns autores explicam a maior incidência de doença ulcerosa pela distensão gástrica ocasionada pelo pinçamento mesentérico, levando a uma hipersecreção de gastrina com conseqüente hipercloridria. Se, por um lado é uma hipótese atraente e fácil de explicar, não existem fatos consistentes que provem que estes pacientes tenham realmente hipercloridria. Guthrie questionou a hipótese acima exposta, baseado no fato de que Dragsted (2) demonstrara que a estase antral leva o paciente à úlcera gástrica mais do que à úlcera duodenal.

Independentemente do exato mecanismo fisiopatológico entre compressão vascular duodenal e úlcera péptica, é muito provável que exista uma relação causal entre estas duas entidades. Um argumento a favor desta hipótese, é baseado no fato de que a doença péptica nesta circunstância

cia é a tal ponto severa que 85% destes pacientes requerem tratamento cirúrgico, o que não acontece nos casos de úlcera péptica desacompanhados de compressão duodenal.

É fato também provado que com o tratamento cirúrgico apenas do Síndrome Aortomesentérico, ocorre a regressão da Úlcera Péptica. Nos casos em que o tratamento cirúrgico curou apenas a U.P., com realização de vagotomia e piloroplastia, houve recidiva posterior dos sintomas ulcerosos, que com o tratamento da compressão aortomesentérico, cessavam então.

Quanto à SINTOMATOLOGIA, alguns pacientes a vem apresentando a semanas ou meses, caracterizada por sintomas complexos causados pela intermitente obstrução da terceira porção duodenal, quando esta atravessa a artéria mesentérica superior, na sua emergência da aorta abdominal.

Também são descritos os casos agudos, principalmente em crianças com queimaduras graves sendo que os vômitos é o primeiro sintoma nestes casos e ocorre na metade dos casos, na primeira semana, e nos outros 50%, na segunda semana.

Os sintomas típicos nos casos crônicos, caracterizam-se por plenitude epigástrica pós prandial, flatulência, vômitos, que aliás é o dado mais frequente, geralmente contendo conteúdo alimentar e material biliar. Frequentemente são tardios em relação com a alimentação e melhoram a plenitude e a distensão epigástrica pós prandial. Perda de peso é um dado constante nestes pacientes. Alguns referem crises dolorosas com aumento do peristaltismo na região epigástrica, simulando obstrução pilórica (5).

Alguns pacientes referem melhora da sintomatologia quando assumem a posição genupeitoral. Nos casos em que ocorrem associação com U.P., outros sintomas podem estar associados, tais como azia, pirose retroesternal, regurgitação de conteúdo com acidez aumentada. A dor abdominal é mais intensa, e eventualmente pode ser encontrado nestes pacientes uma hemorragia digestiva decorrente da U.P.

Tendo em vista a grande dificuldade em se fazer o Diagnóstico pela história clínica e exame físico, apelamos para os EXAMES COMPLEMENTARES. É sem dúvida o RX que vai nos propor o diagnóstico. Pelo RX simples de abdomenõs poderemos verificar conteúdo gasoso no estômago e duodeno com pouco ou sem gás. A seriografia gastroduodenal dá o diagnóstico de certeza. Nela poderemos ver estômago e duodeno dilatados. A obstrução é delineada como uma linha RETA entre a 2ª e 3ª porção duodenal, e foi ANDERSON (1) que adotou vários critérios radiológicos para se fazer o diagnóstico desta síndrome:

- a) Visualização da intermitente obstrução na passagem de bário na 3ª porção duodenal.
- b) O bário deve mostrar uma linha reta no ponto de obstrução.
- c) Dilatação duodenal proximal à obstrução.
- d) Peristaltismo reverso proximal à obstrução, observado ao exame fibroscópico.
- e) A cinefluoroscopia deve mostrar alívio da obstrução na posição prona e acentuação na posição supina.

Os critérios diagnósticos nesta tabela ajudam o radiologista, uma vez que a síndrome pode ser intermitente, opondo-se como um obstáculo para o diagnóstico. Alguns autores sugeriram que devido aos ataques de recorrência o diagnóstico poderia ser feito apenas nos ataques agudos.

Além do diagnóstico pela seriografia, poderia ser realizado conjuntamente a arteriografia ou seja, aortografia com visualização da artéria mesentérica superior, com visualização do ângulo aortomesentérico, que estaria mais agudo, como foi acima descrito. Além do mais, este exame poderia demonstrar um vaso aberrante, que poderia ser uma causa infrequente da síndrome. Outros exames poderiam ser solicitados na dependência de outra patologia associada.

Nos casos de Associação com Úlcera Gástrica ou Duodenal poderia ser realizado uma endoscopia digestiva alta para melhor caracterizar o aspecto da lesão ulcerada, bem como a realização de um gastroacidograma poderia ser útil para definir se a úlcera é decorrente de uma hipercloridria ou se ocorreu mesmo na presença de normo ou hipocloridria.

Quanto ao TRATAMENTO, devemos salientar que as condutas clínicas são preferenciais para o tratamento desta patologia. Durante mais de 50 anos, vários métodos foram descritos para o tratamento clínico e cirúrgico. O tratamento clínico pode ter sucesso principalmente nos casos agudos com obstrução, com dilatação à montante, ou seja do duodeno e estômago, e deve ser indicado acurado diagnóstico e a certeza da não existência de uma outra patologia associada.

Os pacientes devem permanecer no leito em uma posição adequada, geralmente na posição semi-sentada com a cabeça a 45° ou em decúbito lateral esquerdo. Somente a aplicação destas medidas já foram suficientes para aliviar os sintomas em alguns pacientes. Outras medidas devem ser tomadas:

- a) Colocação de sonda nasogástrica com aspiração contínua,
- b) Prevenir a perda de peso acentuada com a instalação de hiperalimentação parenteral com rigoroso equilíbrio hidroeletrólítico, principalmente nos casos agudos, em decorrência de graves queimaduras. Nestes casos, geralmente estes procedimentos estão acrescidos de riscos, principalmente por septicemia, trombose venosa e desequilíbrio hidroeletrólítico, devendo ser realizado a
- c) Fisioterapia para refazer o tônus da musculatura abdominal, com a finalidade de reverter a visceroptose.

As condutas clínicas são abandonadas em favor do tratamento cirúrgico, na presença de eventual falha do tratamento clínico, mas geralmente nos casos agudos os pacientes são manuseados apenas com as medidas clínicas, o que geralmente leva a bons resultados. Estas chances não estão presentes nos casos crônicos, em que o tratamento clínico nada resolve. Nestes casos, se não foi obtido bons resultados com o tratamento clínico e o paciente permanece com os sintomas por 5 semanas, está indicado o tratamento cirúrgico.

O tratamento cirúrgico da Síndrome da Artéria Mesentérica Superior visa primariamente a descompressão duodenal. Vários têm sido os métodos utilizados. A simples secção do ligamento de Treitz com liberação do ângulo duodenojejunal é preconizada por alguns autores. Esta cirurgia, apesar da simplicidade da execução do ato operatório, com consequente morbidade desprezível, apresenta pelo menos um grande inconveniente. A liberação completa do duodeno da artéria mesentérica superior é limitada pelos pequenos ramos da artéria pancreaticoduodenal inferior, fazendo com que o amplo deslocamento caudal desta víscera seja prejudicado. Talvez esta seja uma das razões pelas quais vários autores tenham relatado insucesso com o uso deste procedimento.

A duodenojejunostomia (1) é hoje a cirurgia mais frequentemente utilizada para o tratamento da síndrome da artéria mesentérica superior, devido aos bons resultados referidos pela literatura. Como a maioria dos pacientes que tem a associação entre úlcera péptica e compressão vascular duodenal é enviada à cirurgia, outros procedimentos devem ser associados à descompressão duodenal. Quando a preferência do cirurgião para o tratamento da úlcera péptica for vagotomia com piloroplastia, a duodenojejunostomia deve ser realizada. Há a alternativa da realização apenas da vagotomia com gastrojejunostomia. Entretanto, quando a preferência do cirurgião for gastrectomia, seja Billroth I ou II, somente a duodenojejunostomia como descompressão pode ser adicionada. Nas gastrectomia à Billroth II, a não realização

da duodenojejunostomia implicará na obstrução intermitente da alça aferente que poderá ocasionar não só a ruptura do coto duodenal no pós-operatório imediato, como a chamada síndrome da alça aferente.

A vagotomia associada à piloroplastia de Finney ou Jaboulay vinha sendo a cirurgia de escolha para o tratamento da úlcera péptica por grande número de cirurgias tendo sido, inclusive difundida no nosso meio.

A cirurgia de Finney ou Jaboulay envolvem o descolamento duodenopancreático e uma gastroduodenoanastomose lâtero-lateral feita às custas da segunda porção do duodeno. Nestas circunstâncias, havendo obstrução na terceira porção duodenal, como é o caso do pinçamento aortomesentérico, apenas a junção da segunda e terceira porções duodenais restaria para a realização da duodenojejunostomia. Para que tecnicamente estas anastomoses sejam bem feitas, o descolamento duodenal deve incluir até a terceira porção duodenal, prejudicando sensivelmente a vascularização do referido órgão. A vagotomia troncular associada à piloroplastia de Finney mais a duodenojejunostomia carrega mortalidade e morbidade maior do que uma simples gastrojejunostomia. Por isto, alguns autores justificam outra conduta, realizando a vagotomia mais a gastrojejunostomia, servindo esta, ao mesmo tempo de drenagem gástrica e duodenal.

O tratamento cirúrgico hoje preconizado e por nós defendido, é a realização de uma duodenojejunostomia a transmesocólica, passando o jejuno à direita da artéria cólica média, realizado após amplo descolamento do duodeno. A anastomose deve ser realizada com boca bem grande, lâtero-lateral, com anastomose isoperistáltica, e após a realização da anastomose, a brecha do mesocolon deve ser suturado ao duodeno. Na vigência de Úlcera Péptica, este procedimento cirúrgico deve adicionar-se de uma vagotomia superseletiva que é a conduta cirúrgica de elição para U.P. nos dias de hoje.

Quanto ao DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL, esta patologia deve ser diferenciada de outros tipos benignos de suboclusão duodenal, como por exemplo:

- a) Estenose duodenal congênita
- b) Atresia duodenal congênita
- c) Pâncreas anular
- d) Estenose antral ou duodenal pós úlcera péptica ou pós neoplasias.
- e) Estenose Hipertrófica do piloro, naquelas crianças em que ocorreu em virtude de queimaduras graves. Os vômitos devem ser diferenciados.
- f) Obstrução intestinal por impactação fecal.

Entretanto, na maioria dos casos é impossível diferenciar pela clínica e geralmente é a seriografia que irá fazer o diagnóstico.

V - CONCLUSÃO

1. O Diagnóstico do Síndrome da Artéria Mesentérica Superior é suspeitado através dos sinais e sintomas de obstrução da 3ª porção duodenal.
 2. O Diagnóstico de certeza é determinado pelo exame radiológico contrastado.
 3. A Endoscopia Digestiva deve ser solicitada para descartar a presença concomitante de Úlcera Péptica, caso o RX não a tenha evidenciado.
 4. O tratamento para os casos agudos consiste em medidas clínicas.
 5. Os casos crônicos não respondem ao tratamento clínico.
 6. O tratamento cirúrgico consiste em uma duodenojeju-nostomia transmesocólica.
 7. Na vigência de Úlcera Péptica associada, uma vagotomia superseletiva deve ser adicionada.
-

VI - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANDERSON, W.C. et al.: Arteriomesenteric duodenal compression syndrome: its association with peptic ulcer. Amer. J. Surg. 125: 681, 1974.
2. DRAGSTEDT, L. R.; WALTON, B.C. & WOODWARD, E.R.: Gastrin, a Stimulant of Pepsin Secretion. Arch. Surg. 86: 304, 1963.
3. KAISER, G.C.; MC KAIN, J.M. & SCHUMACHER, H.B.: The Superior Mesenteric Artery Syndrome. Surg. Gynecol. Obstet. 110: 133, 1960.
4. KIMURA, S. & DRAGSTEDT, L.R.: Reversed Jejunal Segments and Gastric Hypersecretion. Arch. Surg. 98: 713 1969.
5. LAW, D.H. & TEN EYCK, E.A.: Familial Megaduodenum and Megacystis. Amer. J. Med. 33: 911, 1962.
6. LIMA, L.P. et al.: Síndrome da Artéria Mesentérica Superior e Úlcera Péptica. Rev. Ass. Med. Brasil. 23 - nº 2: 51, 1977.
7. MANSBERGER Jr., A.R. et al.: Vascular Compression of the Duodenum Emphasis on Accurate Diagnosis. Amer. J. Surg. 115: 89, 1968.
8. OGBUOKINI, C.G.; LAW, E.J. & MAC-MILLAN, B.G.: Superior Mesenteric Artery Syndrome in Burned Children. Amer. J. Surg. 124: 75, 1972.
9. OLIVEIRA, C. Afonso de: Gastroenterologia - Oclusão Duodenal Arteriomesentérica Intermitente Crônica. 1ª Edição, Guanabara Kooga. Rio de Janeiro, 1978.
10. RAIA, A. - Correa Neto, A.: Megaduodeno: 396, 3ª Edição, vol 4, Sarvier. São Paulo 1974.
11. STRONG, E.K.: Mechanics of Arteriomesenteric Duodenal Obstruction and Direct Surgical Attack upon Etiology. Ann. Surg. 148: 725, 1958.

been total
9,5 (Hore, ane)
Hore

TCC
UFSC
CC
0025

N.Cham. TCC UFSC CC 0025

Autor: Callejas Netto, Fr

Título: Síndrome da artéria mesentérica



972811668

Ac. 252862

Ex.1

Ex.1 UFSC BS CCSM